

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

149

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 décembre 1901, à 1 heure

par

Jules VENDEVILLE

Né à Leforest (P.-de-C.) le 19 mars 1874.

Ex-interne des Hôpitaux d'Amiens.

DE

**L'ÉNUCLÉATION DE L'ŒUF HUMAIN
DANS L'OPÉRATION CÉSARIENNE**

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : } MM. LE DENTU, professeur.
 } AUVRAY et DEMELIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE LE PARIS

Année 1901

THÈSE

N^{os}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 décembre 1901, à 1 heure

par

Jules VÉNDEVILLE

Né à Leforest (P.-de-G.) le 19 mars 1874.

Ex-interne des Hôpitaux d'Amiens.

DE

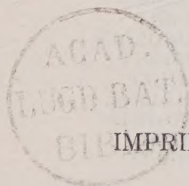
L'ÉNUCLÉATION DE L'ŒUF HUMAIN

DANS L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
AUVRAY et DEMELIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUGHARD.
Pathologie médicale.	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		BRISAUD.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		N.....
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		LANDOUZY.
Clinique médicale.	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		GRANCHER.
		JOFFROY.
Maladie des enfants.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		RAYMOND.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		TERRIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TILLAUX.
		DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.		BUDIN.
Clinique d'accouchements.		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAÏRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des trav. anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SOEUR

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à l'Ecole
de médecine d'Amiens.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur

DE

L'ÉNUCLÉATION DE L'ŒUF HUMAIN

DANS L'OPÉRATION CÉSARIENNE

INTRODUCTION

Avant d'étudier le sujet qui fait l'objet de notre thèse, nous tenons à remercier ici M. le Dr Fournier, professeur de Clinique obstétricale et de gynécologie à l'Ecole de médecine d'Amiens, qui nous a suggéré la première idée de ce travail et n'a jamais cessé de nous prodiguer les conseils les plus éclairés. Nous lui en témoignons publiquement notre reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent en outre à MM. Bax et Huber dont nous avons été l'interne et à MM. Moulenguet, Peugniez, Dhourdin, Descamps, Moynier de Villepoix, pour la bienveillance qu'ils nous ont montrée soit dans leurs cours, soit dans les salles d'Hôpitaux ou

au laboratoire pendant nos quelques années d'études à l'Ecole d'Amiens.

Nous prions également M. le Professeur Budin de croire à notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Le sujet de cette thèse est l'Enucléation de l'œuf dans l'opération césarienne.

Au cours de mes années d'internat, j'assistai à plusieurs opérations faites par M. le Dr Fournier. Je l'ai vu une fois changer son manuel opératoire sans qu'il en résultât d'inconvénients pour la mère et l'enfant. Et à partir de ce moment je l'aidai dans les césariennes qu'il fit, en exécutant l'extraction en bloc de l'œuf humain. J'ai pu ainsi non seulement voir de près cette intervention, mais me rendre compte par moi-même de ses divers temps, sentir l'utérus entre mes mains, en apprécier la rapide rétraction, connaître les inconvénients de la rencontre du placenta inséré en avant, l'influence du shock, bref apprécier par moi-même aussi ce qu'est et ce que doit être cette opération.

Convaincu qu'il s'agit d'une opération d'avenir, considérant la méthode de M. le Dr Fournier comme une amélioration heureuse de cette opération, je l'ai donc choisie pour ce travail et j'ai réuni ici les observations des femmes qui l'ont subie, après les avoir suivies dans le service d'accouchement.

CHAPITRE I

Historique et indications de la césarienne.

L'opération césarienne, c'est, ainsi que l'a dit le Dr Berlin, « l'extraction par une incision pratiquée à l'abdomen d'un fœtus développé dans la cavité utérine ».

Cette définition s'applique à trois méthodes que nous étudierons plus en détail dans les chapitres qui vont suivre. Ces méthodes absolument différentes les unes des autres sont :

- 1^o la césarienne conservatrice ;
- 2^o l'opération de Porro ;
- 3^o l'ablation totale.

Arrivons dès maintenant à l'historique de ces opérations qui ont servi de base à notre travail. Cette tâche nous a été singulièrement simplifiée par les travaux de MM. les Professeurs Tarnier, Budin et Bar qui, dans leurs récentes communications, ont remis à jour une opération délaissée ou du moins abandonnée en partie à cause de la mortalité maternelle.

De même que ces auteurs, divisons l'historique en 3 périodes :

Première Période pendant laquelle on pratique un

genre d'opération dont le type le plus rapproché est la césarienne conservatrice.

Cette première période comprend le laps de temps écoulé jusqu'au commencement du 16^e siècle. Le plus souvent elle était pratiquée sur la femme morte ou mourante; la religion chrétienne excitait même cette intervention de manière à pouvoir baptiser le fœtus. Comme dans tout il y eut des abus et l'on fit subir cette opération à des femmes enceintes seulement de quelques mois et quelquefois à des femmes mourantes, qui ne succombaient tardivement que par les suites opératoires.

Au point de vue légal, Numa Pompilius ordonna cette intervention. Jules César ne vit même le jour que grâce à elle, suivant la légende.

Deuxième période qui va du 16^e siècle à l'année 1876.

Le premier ouvrage paru date de 1581 et est attribué à Rousset; il fut traduit par Baulin en 1582 et mentionne 7 succès de césarienne.

Vers 1588, Jacques Nuffer, châtreur de pores connu sous le nom de Gaspard Raubin, réalisa sur sa femme la première césarienne avec succès égal pour la mère et pour l'enfant.

Jusqu'à ce moment, de procédé opératoire réglé il n'y en avait point; comme réunion rien de plus. On extrayait le fœtus par la voie abdominale et c'était tout. Il faut arriver jusqu'à Mauriceau, un siècle plus tard, pour que celui-ci indique le tracé de l'incision qui doit être médiane.

Peu et Simon en 1694 et 1743 s'occupent de la césarienne dans leurs ouvrages.

Au ^{xviii}^e siècle, quelques chirurgiens entr'autres, Levret, Lebas, Smellie, Simon, Lauverjat, remettent la césarienne en vogue, mais sans grand succès ; Lebas fut le premier qui réalisa un grand progrès dans la technique opératoire : il sutura l'incision utérine. De ses devanciers pas un n'avait osé ce moyen. On évitait de suturer.

1^o Pour être sûr de ne laisser aucun corps étranger dans le péritoine.

2^o Parce que l'on comptait sur la rétractibilité de l'organe pour rapprocher les lèvres de l'incision.

Vers la fin du ^{xviii}^e siècle, Sigault crée la symphyséotomie, et une lutte qui existe encore aujourd'hui eut lieu entre les césariens et les partisans de la symphyséotomie ; celle-ci ne donna guère de meilleurs résultats que la césarienne et toutes deux furent également délaissées.

Lebas avec sa nouvelle innovation de suture utérine fut blâmé par Levret, Smellie, Baudelocque et Velpeau. Levret avait néanmoins préconisé l'incision latérale, parallèle à la ligne blanche.

Les successeurs de ces chirurgiens comprirent mieux l'importance de cette méthode, et de cette époque datent différents modes de réunion de l'utérus. A citer entr'autres celui de Lestoequoy qui fut imité par Tarnier, mais sans succès. On peut voir d'ici les résultats d'une pareille intervention : les bords de l'utérus suturés aux bords de la plaie abdominale.

A cette époque Lauverjat essaie la césarienne en faisant l'incision transversale, Guéniot et Stein le jeune essayent l'incision oblique.

Vers 1820, Ritgen et Baudelocque neveu proposèrent un mode opératoire qui consistait à passer de l'abdomen dans le vagin sans toucher au péritoine. La mortalité étant toujours la même (environ 60 pour 100): cette opération fut abandonnée.

Troisième période de 1876 à nos jours. Il faut arriver à l'année 1876 pour entrer dans la troisième période qui elle-même se subdivise en 2 phases ayant chacune un procédé différent : le premier dû à Porro, le deuxième à Saenger.

Première phase de 1876 à 1882. Dans cette phase tout change : le manuel opératoire, les conditions d'opérations et le résultat.

Le manuel opératoire de l'accoucheur italien Porro consiste en ce qu'après l'extraction on enlève immédiatement les 3/4 de l'utérus, ses annexes, avec le concours de l'antisepsie.

Le professeur Tarnier en employant l'antisepsie et en isolant ses malades fit faire de grands progrès à la césarienne. Le D^r Fochier de Lyon opéra pour la première fois, presque en même temps que Tarnier. Une chose regrettable à dire c'est que ces deux savants n'étaient pas les premiers à opérer ainsi : l'étranger avait devancé la France dans cette voie. Messieurs les professeurs Budin, Pinard, Imbert, Harris et Godson continuèrent l'œuvre de leurs devanciers et prouvèrent que petit à petit la mortalité diminuait. De là à proclamer la bénignité du Porro il y avait encore loin, car les résultats ne furent pas des plus encourageants.

Le grand maître en accouchements, Tarnier, prévut

à ce moment le retour à la césarienne conservatrice, tant pour les suites opératoires que pour les suites sociales : la stérilité de la femme.

En 1878, Harris et Reuss de Brême se servant de la méthode antiseptique opèrent avec succès suivant l'ancienne méthode, c'est-à-dire la section utérine suivie de sutures. C'était le renouveau pour la césarienne conservatrice qui ne fut réellement mise à jour que par Saenger de Leipzig et Kehrer de Heidelberg. Ceux-ci furent vite imités et devancés par leurs collègues. Avec eux s'ouvre la 2^e phase qui dure jusqu'aujourd'hui.

Deuxième Phase de 1882 à nos jours. — Les procédés ont extrêmement varié, mais quelle qu'en soit la technique, les succès augmentèrent rapidement et contrebalancèrent singulièrement le Porro devenu une opération d'exception.

Tous les accoucheurs et chirurgiens étudient de plus en plus cette opération qui a été mise en parallèle avec la symphyséotomie, mais qui la distancera de beaucoup lorsqu'elle sera un peu plus courante.

Quant aux différents modes opératoires nous allons afin de compléter notre étude, les étudier successivement dans un chapitre spécial, mais auparavant il importe pour terminer notre historique de signaler que c'est à la Société d'obstétrique, le 17 janvier 1901, que le Docteur Fournier a signalé sa nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne et lui a donné le nom d'*Enucléation de l'œuf humain*

Personne encore n'avait employé jusqu'à ce jour ce

procédé simple, pratique et original. Nous verrons par la suite en quoi il consiste.

INDICATIONS

Nous ne pouvons passer sous silence les indications de la césarienne, non pas dans le but d'en indiquer de nouvelles, mais pour être complet et préciser les conditions dans lesquelles on est autorisé à utiliser cette intervention.

1° *Les bassins rétrécis* constituent l'indication de beaucoup la plus importante. M. le Dr Fournier schématise ainsi les indications.

Pour 9 centimètres de promonto-pubien minimum et au-dessus, l'accouchement doit être laissé à lui-même. Entre 8 et 9 centimètres, le forceps ou la version sont les 2 interventions habituellement employées. Pour ces mêmes dimensions l'accouchement prématuré est à conseiller, car à 8 mois il donne la plupart des enfants vivants.

Mais au-dessous de 8 centimètres on ne saurait plus songer qu'à la césarienne ou à la symphyséotomie. Quand on a affaire à une femme qui n'est pas en travail, pas infectée, voisine du terme, c'est la césarienne qu'on préférera, à la condition de la pratiquer dans une clinique ou dans un hôpital. — Si la femme est en travail ou encore infectée, ou dans un milieu douteux, on donnera la préférence à la symphyséotomie.

Loin de s'exclure, ces 2 interventions se complètent

et ont comme on le voit chacune leurs conditions favorables ou défectueuses. Il est bon de ne les entreprendre que dans les circonstances les plus heureuses pour chacune d'entre elles.

Toutefois on s'accorde évidemment à rejeter la symphyséotomie au-dessous de 6 centimètres. Dans des bassins aussi étroits, la césarienne est indiquée de la même façon qu'une version podalique dans une présentation de l'épaule ; c'est une indication absolue, on ne peut faire autrement que de s'en servir.

2° *Les tumeurs du bassin*, les fibromes de l'utérus, le cancer, la rigidité pathologique du col, le cloisonnement du vagin sont encore des indications de la césarienne. Pour chacune de ces indications on s'inspirera de l'état morbide spécial et bien souvent on sera obligé d'avoir recours au Porro ou à l'hystérectomie totale pour avoir et tumeur et enfant.

3° Il est enfin *d'autres indications* susceptibles d'être admises, si le pronostic de la césarienne continue à s'améliorer progressivement. On l'a déjà préconisée dans l'éclampsie, dans le placenta prævia, dans les circonstances graves où tout à coup l'existence de la mère et de l'enfant semblent être brusquement compromises.

Cette indication d'urgence est réalisée précisément pour la césarienne *post-mortem* conseillée de tout temps.

Il faut bien le dire, la notion principale à connaître est celle-ci : « La césarienne est indiquée quand le fœtus ne peut franchir les voies génitales qu'avec les plus grands risques de succomber ». La grossesse n'a sa raison d'être que si elle aboutit à un enfant vivant. Un enfant mort

c'est 9 mois de perdus, disons plutôt 10 ou 12 en raison des suites des accouchements graves, c'est une existence humaine perdue, c'est quelquefois une occasion de perpétuer la famille qu'on ne retrouvera plus dans l'avenir.

Il apparaît ainsi que toute grossesse doit aboutir à ce résultat positif : une existence nouvelle. Si l'accoucheur d'aujourd'hui calcule encore en tenant compte de la vie de la mère qu'il craint encore de risquer, l'accoucheur de demain ne tiendra certainement plus compte au même degré de cette existence maternelle qui sera de moins en moins compromise.

Et déjà les mortalités des opérées diminuent à la fois pour la symphyséotomie et la césarienne au point que bien souvent c'est la tradition, le respect des anciennes coutumes qui nous retient encore sur le chemin des anciennes hésitations.

Ainsi que nous le dirons plus tard avec des statistiques qui réduisent les mortalités maternelles à 6 pour 100 il n'y a plus lieu d'hésiter autant à pratiquer ces interventions qui sauvent la vie des enfants et compromettent de moins en moins les mères.

Ce qui nous fait préférer la césarienne à la section de la symphyse, c'est que même à égalité de mortalité maternelle, la symphyséotomie présente une mortalité fœtale beaucoup plus élevée.

Enfin pourquoi toutes ces basiotripsies ? pourquoi ces embryotomies si souvent encore pratiquées ? Sur un enfant vivant, elles sont inexcusables et d'ailleurs personne que je sache n'en veut plus faire. Mais allons plus

loin. Pourquoi même sur un enfant mort ? On répondra parce qu'il est mort précisément et que dans un bassin rétréci ce sera le meilleur moyen de le faire passer.

Convenons qu'on ne saurait mieux faire, du moment où il est mort, mais convenons surtout qu'on ne devrait jamais attendre qu'il fût mort.

C'est ainsi que M. Fournier s'est maintes fois élevé vis-à-vis de nous contre ces continuels homicides par imprudence, contre ces retards apportés à tant d'accouchements qu'on espère spontanés, qu'on essaie de terminer par de multiples applications de forceps et qu'enfin on termine comme on peut, c'est-à-dire par une embryotomie.

Ici, comme en médecine et en chirurgie, il faut établir dès le début son diagnostic. Il faut rechercher si l'accouchement sera possible, s'il y a présentation vicieuse, si le bassin est vicié. Et du moment où on a acquis cette conviction que la viciation pelvienne est accusée, que le palper mensurateur indique que la ceinture osseuse ne pourra sans grandes difficultés être franchie par le fœtus, il faut agir de suite par la symphyséotomie ou la césarienne, comme nous l'avons dit plus haut. Il ne faut pas attendre que des applications de forceps aient été rendues meurtrières pour l'enfant, afin de conseiller plus tard la basiotripsie ; il faut prévenir cette intervention, comme la plus redoutable et agir en toute circonstance afin de l'éviter.

Nous concluons donc qu'en s'en tenant d'une manière stricte à ces règles que nous avons formulées plus haut on agira selon chaque indication et qu'il n'y a aucun

motif pour chercher à éviter la césarienne ou la section de la symphyse, si l'une des deux se trouve nettement indiquée. C'est alors seulement qu'on remplira vraiment la mission que l'accoucheur semble avoir reçu et dont il ne devrait jamais se départir : « Donner à la mère un enfant vivant ».

CHAPITRE II

Descriptions des divers modes opératoires.

Au temps les plus reculés l'opération césarienne ne comportait pas d'indication et de technique opératoires précises. On opérait *post mortem* pour tâcher d'avoir un enfant vivant, les opérateurs étaient le plus souvent des prêtres. Le manuel opératoire était des plus simples ; les sections abdominales et utérines étaient faites latéralement ; plus tard on les fit au point le plus saillant de l'utérus. L'extraction du fœtus étant faite on ne s'occupait plus de rien et la femme mourait le plus souvent soit par hémorrhagie soit par septicémie.

Telle fut la césarienne jusqu'à Mauriceau qui vers la moitié du 16^e siècle détermina que l'incision abdominale devait être médiane c'est-à-dire sur la ligne blanche. Le reste de l'opération était à l'avenant et hémorrhagie et septicémie emportaient rapidement les opérées. Lorsque Smellie, en 1777, innova la symphyséotomie on tenta de toutes manières à assurer la césarienne dans de meilleures conditions. On fit des sections transversales, courbes, médianes, obliques, sur le fond de l'utérus, sur le col, sur la paroi postérieure, mais rien ne fit.

Le véritable progrès, celui de la suture utérine, fut réalisé par Lebas ; on suivit son principe mais incomplètement, la peur des corps étrangers dans la cavité utérine empêchait de suivre cette sage conduite.

Cette technique fut délaissée puis reprise pour tenter divers moyens, comme celui déjà cité précédemment où les bords de l'incision utérine étaient réunis aux bords de l'incision abdominale ; le liquide sortant de la cavité utérine ne souillait donc pas le péritoine.

Quelques temps plus tard Ritgen et Baudelocque neveu firent la laparo ou gastro-Elytrotomie qui consiste en ce que l'abdomen étant ouvert dans la partie inférieure, on va par une incision oblique ouvrir le vagin et extraire le fœtus par le col ainsi mis à découvert ; tout ceci sans que le péritoine soit intéressé. Cette opération exécutée aux Etats-Unis par Gaillard Thomas est encore usitée dans ce pays. Clarke, élève de Gaillard, la préconisa même en 1887 et en fit un tel éloge que, d'après lui, elle devait être classée au même rang que la césarienne conservatrice.

Jusqu'à cette période l'utérus faisait toujours partie intégrante de la femme, ce n'est qu'avec Porro que l'on commença à enlever les annexes et presque totalement l'utérus ; les résultats furent bons comparativement aux précédents, mais il faut dire qu'à l'opérateur expérimenté se joignait un facteur capital, essentiel même : l'antisepsie.

Le savant professeur Tarnier, ainsi que MM. les professeurs Budin et Lucas-Championnière, contribuèrent largement à rendre courant l'usage des antiseptiques qui

firent rapidement descendre le taux de la mortalité.

OPÉRATION DE PORRO. — Porro donc amputa utérus et ovaires ; son procédé brillant à cette époque ne sert plus guère aujourd'hui que dans le cas où la parturiente est infectée.

L'opération comptait 3 temps.

1^o Incision de la paroi abdominale, du péritoine et de l'utérus.

2^o Extraction du fœtus et du placenta.

3^o Amputation utéro-ovarique et suture de la paroi abdominale.

Premier temps. — Avant d'entrer dans le détail opératoire, il est bon de dire que toutes les précautions antiseptiques doivent être prises comme dans toute laparotomie, le plan incliné est même de règle afin d'éviter la gêne produite par les anses intestinales. Quant à l'incision elle-même, quelle longueur faut-il lui donner ? Porro la faisait de 17 centimètres environ, Müller de 24.

Le premier ouvrait l'utérus, et le vidait sans le sortir de la cavité abdominale ; le 2^e sortait l'utérus avant de l'inciser. Entre les 2 procédés point n'est besoin de faire le parallèle.

Le Porro s'impose chez une femme infectée ; dès lors il est du devoir de tout opérateur d'empêcher l'introduction du liquide amniotique dans la cavité abdominale, et pour cela d'imiter Müller, faire l'incision, l'organe étant extériorisé.

L'utérus étant sorti, il est encore même extrêmement utile d'isoler celui-ci par des compresses.

Comment va-t-on faire l'incision utérine ? haute ou basse ? Monsieur le Dr Lucas Championnière a insisté sur l'incision haute pour laisser le plus de longueur possible à la formation du moignon.

Deuxième temps.— Ce temps est très simple, mais parfois dangereux, l'œuf et le fœtus extraits avec ou sans le placenta. C'est à ce moment qu'il faut surtout prendre garde à l'introduction de liquide amniotique dans la cavité péritonéale. Aussitôt après cette manœuvre on passe un lien élastique autour du segment inférieur de l'utérus, les deux chefs sont maintenus par une pince, la cavité utérine est bourrée de gaze stérilisée.

Troisième temps. — Le remplissage de l'utérus constitue le commencement du 3^e temps, pour l'achever il ne reste plus qu'à fixer le pédicule avec l'angle inférieur de la plaie abdominale, suturer cette dernière et procéder à l'ablation de l'utérus et de ses annexes qui ont été ainsi isolés du péritoine. Cette excision doit se faire à environ 3 centimètres au-dessus du lien. Je reviens ici sur le placement de ce lien, qui le plus souvent, est un tube de caoutchouc, une sonde molle, doit passer en dessous des trompes et ovaires, et être remplacé par une solide ligature. L'hémostase sera parfaite si pendant l'ablation la surface de section est blanche, exsangue.

Pour plus de fixité du pédicule, on traverse celui-ci par une broche en acier, séparée des parois abdominales par de la gaze iodoformée. Pour les pansements consécutifs, on cautérise le moignon soit au thermo-cautère, soit au chlorure de zinc.

Litzmann, en 1878, imagina un autre traitement du pédicule, il rapprochait les bords du moignon par une suture serrée, enlevait le lien élastique et rentrait le tout dans la cavité abdominale.

Chobrak fit une variante, avant l'ablation utérine il taillait deux lambeaux qu'il réunissait après par dessus le pédicule.

Le Porro ainsi pratiqué n'est autre chose que l'opération analogue à l'Hystérectomie abdominale subtotale employée aujourd'hui par nombre de chirurgiens pour les utérus fibromyomateux. Le moignon du col qu'on suture au catgut et qu'on laisse dans l'abdomen doit être aussi petit que possible. Il nous paraît même prudent de prendre les 2 précautions suivantes :

1^o Placer dans le col avant d'en suturer le moignon un petit tampon de gaze qui descendra dans le vagin.

2^o Inciser le cul-de-sac de Douglas derrière le moignon du col pour y placer un gros drain descendant lui aussi dans le vagin :

Enfin troisième précaution qui nous paraît également très favorable à la guérison, former avec les lambeaux du péritoine un dôme qui sépare le petit bassin de la masse intestinale et évite de la sorte la souillure des anses intestinales dans l'excavation considérée ici comme infectée.

Hystérectomie abdominale totale. — Dans cette opération le troisième temps seul diffère. Les artères utéro-ovariennes, du ligament rond, et l'artère utérine sont liées une à une successivement d'un seul côté, on sectionne l'organe, on le décolle d'avec le vagin et l'on fait la ligature des 3 artères qui restent.

C'est le procédé américain auquel d'ailleurs tout autre peut être préféré. Le manuel opératoire est absolument le même que dans l'ablation totale de l'utérus fibromyomateux. Et c'est du reste quand l'utérus contient à la fois un œuf et des tumeurs ou dans le cas de cancer qu'on est amené à cette intervention.

GASTRO-ÉLYTROTOMIE. — Cette opération peu usitée en France, imaginée par Ritgen et innovée en Amérique par Gaillard, Thomas et Clarke son élève, diffère des autres césariennes en ce qu'ici le péritoine n'est pas intéressé, l'utérus non incisé, et que le vagin est ouvert par la paroi abdominale. Cette opération comporte un temps de plus que les autres procédés.

Premier temps. — L'incision abdominale est latérale, oblique, parallèle à l'arcade crurale, située à 2 centimètres au-dessus d'elle et s'étendant de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Deuxième temps. — On se dirige vers le vagin en décollant le péritoine de la fosse iliaque (même manuel que pour la ligature de l'iliaque).

Troisième temps. — C'est le temps le plus difficile qui consiste à ouvrir le vagin sans blesser l'uretère et l'artère utérine. La conduite à suivre pour arriver à un bon résultat est de rester à 2 centimètres au-dessous de l'insertion du col et du vagin.

Quatrième temps. — Aggrandissement de la plaie vaginale ; le col de l'utérus est dirigé vers l'opérateur qui termine par version ou application de forceps après dilatation préalable.

On conçoit qu'une semblable intervention restera tou-

jours exceptionnelle en raison des difficultés de son manuel et de ses mauvais résultats.

CÉSARIENNE CONSERVATRICE. — Nous en arrivons maintenant à la césarienne conservatrice, telle qu'elle est pratiquée maintenant et qui sert de base au nouveau mode opératoire que je vais décrire dans le chapitre suivant.

Les conditions opératoires sont les viciations du bassin ne permettant pas l'accouchement par la version ou le forceps.

Tout d'abord quand doit-on opérer ? Avant ou pendant le travail ?

Léopold opère pendant le travail se basant sur ce fait que le col étant dilaté, les lochies peuvent plus facilement s'écouler. Ceci est peut-être vrai, mais l'état général de la malade s'en ressent fâcheusement, car en plus du choc opératoire il y a déjà le travail.

Antérieurement on prétendait qu'en agissant ainsi les contractions utérines étaient plus intenses et assuraient mieux l'hémostase.

Les observations de M. le Dr Bar prouvent qu'on peut opérer avant le travail sans crainte d'inertie utérine.

L'opinion de M. le professeur Budin est la même, mais avec cette restriction qu'il faut opérer à une date la plus rapprochée possible de la fin de la grossesse, les enfants nés ainsi étant beaucoup plus viables qu'à une époque indéterminée.

Chez les femmes en travail depuis quelques heures les résultats post-opératoires sont plus mauvais en rai-

son du shock dit-on, plus grand et de l'infection plus fréquente.

L'opération qui est divisée en trois temps demande trois aides, un pour l'anesthésie, un pour seconder l'opérateur et un troisième qui sera exclusivement chargé de l'enfant.

Premier temps. — On incise la paroi abdominale sur la ligne blanche, comme l'indiquait Mauriceau ; cette incision doit mesurer 17 centimètres et a été déterminée par le professeur Budin qui se base sur le fait qu'une tête de fœtus à terme mesurant 33 centimètres de circonférence, il faut que les deux lèvres de la plaie puissent circonscrire cette circonférence.

Cette incision est pour le D^r Bar de $\frac{2}{3}$ au-dessus de l'ombilic, pour Saenger l'ombilic marque le milieu.

La paroi abdominale est incisée, puis après le péritoine dont les 2 lèvres sont pincées afin de servir de points de repères.

Deuxième temps. — L'utérus se présente souvent tourné à droite ; on le ramène en bonne position pour que l'incision puisse être médiane. A cet instant deux difficultés se présentent, ce sont : 1^o l'hémorrhagie ; 2^o l'écoulement du liquide amniotique. Pour prévenir l'hémorrhagie Litzmann et Saenger placent un tube de caoutchouc autour du segment inférieur, d'autres accoucheurs se servent d'une compresse dont les deux chefs sont tordus ensemble. Cette dernière manœuvre est encore usitée en Allemagne.

Monsieur le D^r Bar agit tout autrement, il fait de la compression manuelle en faisant saisir et pincer

les ligaments larges par les mains de son aide.

Cette méthode est plus simple et assure l'hémostase d'une façon presque parfaite.

Reste la question du liquide amniotique. Que va-t-on en faire ? Pour éviter qu'il souille le péritoine, Muller et Olshausen attirent l'utérus en dehors comme dans le Porro et ne l'incisent qu'une fois sorti.

On peut estimer que cette manœuvre est inutile objectant qu'un liquide amniotique non infecté n'expose le péritoine à aucun danger. Toutefois dans la pratique courante il est d'usage d'inciser l'utérus sans le déplacer, mais après avoir préalablement fait adosser les lèvres de la plaie abdominale contre l'utérus afin d'éviter cette filtration ; nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

MM. Budin et Bar assurent préventivement l'hémostase en injectant de l'ergotine.

Comment va être faite l'incision utérine ? Primitive-ment elle était médiane, verticale et sur la face antérieure. En 1780, Lauverjat la fit transversale, Saenger, (et sa méthode fut longtemps suivie) incisait au tiers de la hauteur, Cohnstein la face postérieure, Köhrer le segment inférieur. Fritsch incise l'utérus transversalement, Muller et Caruso commencent leur incision à la face antérieure, traversent le fond et vont rejoindre la face postérieure.

L'école française préfère la section longitudinale et médiane, mais à condition que celle-ci commence le plus haut possible, ses dimensions sont de 18 centimètres environ. L'incision commence par une ponction au

bistouri, le reste est fait avec des ciseaux à pointes mousses conduits sur les doigts introduits dans la plaie. Le placenta est le plus souvent ou sectionné en partie ou décollé par les doigts guidant les ciseaux ; pendant ce temps l'œuf ayant laissé échapper son contenu liquide il ne reste plus qu'à procéder à l'extraction du fœtus ; celui-ci est saisi par les pieds et tiré hors de la cavité utérine. Cette manœuvre présente parfois un arrêt, l'utérus s'étant rétracté autour du cou de l'enfant, il faut quelquefois pour sortir ce dernier pratiquer la manœuvre de Mauriceau qui se fait facilement et vient à bout de ce contre-temps.

Troisième temps. — Pendant que l'on procède à la délivrance (par le vagin, procédé de M. le D^r Maygrier) par la voie abdominale (procédé le plus courant) on sort l'utérus hors de sa cavité, pour le vider des caillots qu'il contient. La régression de l'organe est déjà presque complète. La cavité abdominale étant essuyée et nettoyée, l'utérus est rentré après qu'on l'a suturé. Cette suture doit se faire en masse, traverser même l'organe, car ainsi que l'a démontré Potocki la caduque se laisse couper par le fil. Les sutures ont lieu tous les centimètres et demi et l'on termine comme dans une laparotomie ordinaire. Quoique beaucoup n'emploient pas le drainage utéro-vaginal qui dilate en même temps le col, M. le D^r Bar y a recours et n'y trouve pas d'inconvénients, témoin ses observations. Enfin pour terminer on suture la paroi abdominale sur 2 plans. Le plan profond comprend le péritoine et la paroi musculaire, pour la suture desquels on emploie le catgut. Le plan super-

ficiel comprend la peau suturée au crin de Florence.

On recouvre d'un pansement ordinaire de gaze iodoformée, ouate et on comprime quelque peu l'utérus au moyen des bandes qu'on enroule. Il faut ensuite s'assurer que la vessie fonctionne bien et que le col est resté entr'ouvert et contient la compresse ou le drain qu'on a introduit préalablement, puis on reporte la femme dans son lit.

Tous les opérateurs ont remarqué deux ordres de phénomènes sur lesquels insiste M. Fournier.

1° le shock important qui atteint ces opérées, même en l'absence de toute hémorrhagie : leur pouls atteint 120 pendant ou peu de temps après l'intervention et s'il n'est pas indispensable de leur injecter du sérum artificiel sous la peau c'est tout au moins un adjuvant souvent utile à employer. Quand on ne peut attribuer ce shock à l'hémorrhagie on éprouve pourtant le besoin de l'expliquer. Peut-être tient-il à la brusque évacuation d'une tumeur énorme, l'œuf tout entier, hors de l'abdomen, au changement brutal survenu dans les conditions nouvelles de la circulation intra-abdominale à la suite de la décompression provoquée et du changement de situation des anses intestinales. C'est du moins l'explication que nous donnons.

Un second fait qui frappe est la rapidité de la régression de tous les tissus voisins de l'utérus.

On peut dire (nous le pensons du moins) qu'il n'y a pas de plaie qui guérisse avec autant de rapidité. Et au point de vue général autant le shock avait paru sérieux autant la femme se remet vite de ce traumatisme, à ce

point qu'au second jour elle est déjà beaucoup mieux qu'une opérée de chirurgie pour une laparotomie quelconque.

L'opération césarienne a donc besoin des soins les plus minutieux et de l'antisepsie la plus sévère ; mais il faut savoir que la rapidité d'évolution de ses suites dispensera souvent des longs pansements et que très vite une opérée de césarienne ressemblera à une femme normalement accouchée.

Pour qu'il en soit ainsi et certes c'est là le but principal on ne saurait donc trop étudier, trop modifier, trop chercher à faire mieux.

Deux points nous paraissent encore insuffisamment étudiés : la question du drainage dont nous ne parlerons qu'incidemment ici et la question du liquide amniotique dont nous nous occuperons en étudiant le procédé nouveau de M. Fournier d'Amiens que j'ai vu moi-même employer 5 fois. Ce procédé « L'énucléation de l'œuf humain », nous allons le voir, permet en effet :
1° d'éviter la souillure du péritoine par le liquide amniotique qui souvent stérile n'en est pas moins un liquide où les micro-organismes s'y développent rapidement ;
2° D'éviter au péritoine un travail inutile : la résorption du liquide amniotique.

CHAPITRE III

Enucléation de l'œuf humain.

Le nouveau mode opératoire trouvé et exécuté par mon ancien maître, M. le Professeur Fournier, consiste dans certains petits détails opératoires différents de ceux de la césarienne conservatrice classique.

A ces petits détails s'ajoute un changement complet dans le 3^e temps.

Reprenons l'opération depuis le commencement et examinons les particularités qu'elle va présenter dans ce mode. Comme conditions pré-opératoires générales il faut un fœtus vivant, le plus près possible du terme, une femme non infectée et un bassin dont le promontopubien minimum soit inférieur à 8 centimètres. On opère suivant le principe de M. le Professeur Budin à une époque la plus rapprochée possible de la fin de la grossesse, mais toutefois sans que le travail soit commencé (cause qui crée une question de moindre résistance pour le sujet).

La femme à opérer prend, si les circonstances le permettent, un grand bain quelques jours avant l'opération. Pour ma part je repousse complètement les bains quoti-

diens, n'admettant pas qu'une femme à opérer baigne ses parties génitales dans une eau tenant en suspension des squames plus ou moins infectées, détachées de toutes les parties du corps. Deux fois par jour, le vagin est désinfecté avec une injection tiède de sublimé à 1 pour 3 à 4000.

La veille de l'opération la vulve est rasée et l'abdomen savonné complètement. Des compresses de sublimé sont appliquées en permanence jusqu'au lendemain matin.

Pour l'opération 3 aides sont nécessaires, un pour l'anesthésie chloroformique. (Pratiquement j'ai pu juger par moi-même combien la femme enceinte supporte facilement le chloroforme) ; un 2^e aide destiné à seconder l'opérateur ; et un 3^e qui peut être remplacé par une sage-femme expérimentée qui n'aura à s'occuper exclusivement que du nouveau-né. Pour cela elle fait préparer de son côté tout ce qui pourra lui être utile : Bain chaud, alcool, ciseaux, soie, pinces hémostatiques, pince à langue. Revenons à la parturiente. Une table d'opération ordinaire suffit, plan horizontal (1). Toutefois il est prudent de choisir une table qui puisse être transformée en cas de besoin en plan incliné dans le cas où l'ablation totale s'imposerait. Ceci étant fait, la température de la salle de 26 à 30°, on apporte les instruments nécessaires qui forment un arsenal très simple : 2 bis-

1. La femme est allongée horizontalement, et la figure faisant face à la lumière contrairement à toute laparotomie où le plan incliné est de rigueur et par suite la tête de la malade orientée du côté de la lumière.

touris, 10 pinces hémotastiques, 2 ciseaux dont un à pointes mousses, 4 pinces à ligaments larges dans le cas où l'ablation totale s'imposerait, 2 pinces à disséquer, 2 aiguilles de Reverdin, une très courbe pour l'utérus, une normale pour la peau, du catgut n^{os} 2 et 3 coupé à l'avance, des tampons d'ouate stérilisée, des cuvettes contenant les antiseptiques ordinaires, des larges et nombreuses compresses stérilisées et en plus de tout ceci un gros drain que M. Fournier expérimentera dans ses nouvelles césariennes et qui dans ses laparotomies lui a donné d'excellents résultats ; il s'en sert pour le drainage de la cavité utérine et laisse à demeure ce drain dans le col après l'avoir introduit par la cavité utérine avant de suturer l'organe.

[Un cathétérisme vésical est fait avant l'opération. Le vagin est désinfecté à fond et au savon par l'opérateur ou son aide, la plupart des infections utérines secondaires étant dues soit au cul-de-sac postérieur soit à la cavité du col (zones dangereuses).

La paroi abdominale est désinfectée par les moyens ordinaires, savon et brosse, éther, alcool, permanganate de potasse 10/1000, bisulfite soude 200/1000, sublimé à 1/1000.

L'opération comporte 3 temps :

Premier temps — Incision des parois abdominales, sortie de l'utérus hors de la cavité abdominale.

L'incision mesure 18 centimètres en moyenne et se fait 1/3 au-dessus de l'ombilic, 2/3 au-dessous. Ces proportions ne sont pas précisément exactes. On peut dire seulement que l'ombilic n'est pas tout à fait au milieu

de l'incision ; l'incision la dépasse davantage en bas qu'en haut. Cette incision faite au bistouri comporte la peau, la graisse et la ligne blanche sans intéresser les muscles droits situés sur les côtes. Le reste de l'incision est terminée avec des ciseaux conduits par la main droite sur l'index et médius gauches introduits dans la plaie. La fin de l'incision doit être menée très prudemment car chez les femmes enceintes la vessie remonte très haut.

Je me rappelle même avoir vu une vessie vide remonter jusqu'à l'ombilic, peut-être parce que la vessie avait suivi le même mouvement ascensionnel que l'utérus gravid. En tous cas la vessie est un réel danger sur lequel il faut veiller chaque fois.

C'est pour ce motif que nous insistons précédemment sur la hauteur à laquelle il faut faire remonter l'incision abdominale.

L'incision élevée a aussi l'avantage de n'être pas souillée aussi facilement à son extrémité inférieure quand le pansement remonte.

Le péritoine est sous nos yeux, il est ouvert et à chaque extrémité sont placées 2 pinces hémostatiques une pour chaque bord. Alors apparaît l'utérus qui se présente, soit par la face antérieure soit par son côté gauche ; il est d'ailleurs de notion courante que pendant la grossesse l'utérus tourne sur son axe, sa face antérieure regardant à droite. L'utérus est rouge et turgescent, l'opérateur introduit la main droite dans la cavité abdominale et libère l'utérus des adhérences qu'il peut y avoir.

L'organe est sorti hors de l'abdomen par le fond qui

est saisi à pleine main par l'opérateur comme une pomme que l'on voudrait retirer d'un bocal à ouverture étroite.

L'aide placé à gauche de la femme saisit les ligaments larges à pleines mains et ramène l'utérus en position normale, cette manœuvre est d'ailleurs instinctive, l'aide pince les ligaments larges entre ses doigts, chaque ligament étant serré par lui entre le pouce et les deux ou trois premiers doigts. Le segment inférieur est entouré de deux compresses très grandes, une en haut, une en bas, les chefs de ces compresses étant réunis par une pince hémostatique sur les côtés de l'utérus.

La cavité péritonéale est ainsi préservée par ces compresses qui masquent complètement l'intestin.

Deuxième temps. — L'opérateur incise l'utérus ; par incision nous entendons que le bistouri est pour ainsi dire promené sur l'utérus de haut en bas. Cette incision doit être faite sur la ligne médiane de la face antérieure le plus haut possible et empiéter même sur fond, elle mesurera de 16 à 17 centimètres. Telle que nous venons de l'indiquer elle est seulement partielle, car les fibres utérines se sont écartées les unes des autres, mais dans une partie seulement de leur épaisseur. Le bistouri est ainsi promené sur l'utérus jusqu'à ce que l'on aperçoive les membranes. Souvent on tombe sur le placenta qui dans les $\frac{2}{3}$ des cas est inséré à la face antérieure de l'utérus (1) ; si l'on tombe dessus le bistouri pénètre un peu plus

1. Thèse du Dr Deguy. *Insertion habituelle du placenta*. Paris, 1898. Dr Fournier, *Loi utéro fœto placentaire*. Paris, Soc. Obstétrique, 1898.

profondément au niveau de son extrémité supposée de manière à découvrir les membranes. Lorsque celles-ci apparaissent on les reconnaît à leur couleur blanchâtre différente du muscle utérin qui est très rouge. Il suffit d'avoir mis à nu le chorion sur une étendue de 2 ou 3 centimètres pour voir les membranes boursoufler, former hernie; on a dès lors le point de repère véritable de l'énucléation, ce qu'on peut appeler la coque de l'œuf.

L'œuf étant visible, l'opérateur introduit l'index de la main gauche en déprimant les membranes et s'en sert de guide pour les ciseaux qui vont terminer l'incision en haut et en bas.

Les ciseaux doivent être guidés prudemment pour ne pas rompre les membranes; ce travail est fait sans force, la paroi utérine étant très molle à ce moment, et se laissant sectionner avec la plus grande facilité.

Si par hasard l'incision qui mesure 17 centimètres avait rencontré partout le placenta dont le diamètre est de 18 à 20 centimètres, il faudrait sans hésitation agrandir l'incision utérine, mais toujours vers le fond de l'utérus. Quant au placenta, du moment où on a amorcé le décollement des membranes d'avec les parois utérines, il se décolle très simplement lui-même de ces parois; mais ce n'est jamais par lui qu'il faut amorcer le décollement.

La coque de l'œuf fait alors hernie; l'opérateur introduit une main entre l'œuf et la paroi utérine pour le décoller l'un de l'autre.

On commence par le côté droit, puis on reprend du côté gauche. On arrive même très facilement à passer

la main très profondément au-dessous de l'œuf, de manière à le décoller d'avec la paroi postérieure et le segment inférieur mais, je le répète à dessein, il importe de ne jamais décoller le placenta pour commencer. C'est au contraire par lui qu'il faut terminer quand on sent que toute la surface ovulaire est libérée. Alors le gâteau placentaire vient à son tour de bonne volonté sous la légère pression des doigts dont la pulpe va toujours de l'avant vers de nouvelles portions à séparer de l'utérus. Il est arrivé à M. Fournier une fois après avoir décollé l'œuf en avant et sur les côtés, de presser l'utérus en dehors et en arrière pour projeter l'œuf en dehors de la cavité utérine, absolument comme un noyau de cerise pressé entre les doigts. C'est dire que cette énucléation est faite au moment où elle est amorcée.

L'opérateur sort donc l'œuf, sortie qui est facilitée par l'utérus se rétractant déjà, et le passe immédiatement au troisième aide dont nous reparlerons plus loin.

Nous voici en présence d'un utérus presque vide et hors lequel ne s'est écoulé aucun liquide amniotique. La cavité utérine est vidée et essuyée des caillots qu'elle contient par de larges compresses. Si quelque peu de la caduque ou du chorion reste adhérent, on le gratte avec les doigts pour l'enlever.

Troisième temps. — Une compresse introduite dans le col sera plus tard tirée petit à petit par le vagin. Un drain très gros peut remplacer cette compresse. Pendant tout ce temps la compression manuelle des ligaments larges a toujours été faite, le sang qui s'est

écoulé dépasse à peine la valeur d'un accouchement normal. Dans un cas opéré par M. Fournier que j'aidais, la quantité de sang écoulé était visiblement inférieure à celle d'un accouchement normal.

L'utérus est suturé au catgut n° 3 de bas en haut. Ces sutures sont faites en surjet et traversent toute la masse utérine. Pour les compléter il est bon de faire par dessus un deuxième surjet séro-séreux. L'aide lâche les ligaments larges et enlève les compresses entourant l'utérus. Le cul-de-sac postérieur est essuyé, on vérifie si plus rien ne saigne et l'on ferme le péritoine dès que l'utérus a été rentré dans la cavité abdominale ; les muscles et le péritoine sont suturés au catgut n° 2, et en dernier lieu la peau au crin de Florence à points séparés. Application 1° de gaze iodoformée stérilisée ; 2° d'une épaisse couche de ouate et 3° d'un bandage de corps avec sous-cuisses. La vessie est vidée de nouveau, la compresse que l'on a introduite dans le col par la cavité utérine est attirée en partie dans le vagin.

Dans les premières observations qui vont suivre, le col avait simplement été dilaté avec une pince, les suites furent normales, dans les dernières, une compresse avait été placée et tirée complètement le lendemain de l'opération. Je crois pour ma part qu'il serait préférable de substituer un gros drain à la compresse de manière que ce col soit ouvert comme dans l'accouchement normal et permette ainsi l'écoulement facile des lochies.

Ce procédé nous paraît logique, car dans l'accouchement ordinaire la dilatation du col a été jusqu'à 32 centimètres de circonférence et ici la dilatation manquant

ou du moins étant peu accentuée) puisque la malade a été opérée avant ou au début du travail, il serait donc juste de suppléer à la dilatation naturelle par un gros drain qui empêche le col de se refermer complètement.

Les soins consécutifs sont simples mais minutieux, la toilette vulvaire doit être soigneusement faite 3 ou 4 fois par jour, la vessie vidée 2 à 3 fois par jour. Lorsque la malade urine seule, on doit procéder après chaque miction au lavage des organes génitaux externes. Les fils de la paroi abdominale sont enlevés au bout de 8 jours et la malade peut se lever au bout de 20 à 25 jours.

Si la malade accuse une augmentation de température, les injections vaginales phéniquées voire même intra-utérines à l'eau iodée peuvent être données, mais à la condition qu'elles soient données sans force, la différence de niveau n'excédant pas 20 centimètres.

Revenons à l'œuf que nous avons confié au troisième aide. Pendant que l'opération continue, celui-ci incise les membranes qui s'affaissent, immédiatement le cordon est lié, le fœtus reste inerte pendant une minute ; rien ne sert de se presser car au bout de ce temps le plus souvent il pousse quelques vagissements.

Au cas où la respiration tarderait à se faire on le plonge dans un bain chaud et par les moyens ordinaires : frictions à l'alcool, respiration artificielle, la vie apparaît immédiatement, comme le prouvent les observations suivantes, puisque tous les enfants ont vécu.

Voici donc une méthode nouvelle de pratiquer la césarienne, faisons remarquer que personne jusqu'ici ne l'avait employée avant M. le professeur Fournier

Deux particularités nous semblent utiles à souligner dans ce nouveau manuel opératoire : d'abord l'Enucléation de l'œuf, puis l'Extraction du fœtus.

De l'Enucléation de l'œuf nous avons à peu près tout dit et nous reviendrons encore plus tard sur ses avantages et ses inconvénients à propos de la comparaison entre les diverses méthodes. Nous tenons seulement ici à insister sur la simplicité de notre procédé.

Du moment où le bistouri, promené à la surface du muscle a mis à nu un petit coin des membranes, un peu de leur surface blanchâtre, du moment où la coque de l'œuf boursoufle un peu dans la plaie utérine, le plus difficile est fait. La séparation de l'œuf avec la paroi utérine est, nous l'avons dit, très facile et si même on laissait quelque peu de cotylédon, quelques membranes même, rien ne serait aisé comme de les détacher absolument de la même façon que dans le procédé classique, quand pareil incident se produit. Ajoutons que cette séparation est extrêmement rapide, nous n'avons pas compté le temps qu'elle dure exactement ; mais nous sommes convaincus qu'il ne faut pas une minute pour que l'œuf soit sorti hors de la cavité utérine à partir du moment où on a amorcé le décollement. Notre procédé est donc certainement rapide.

Pour la naissance de l'enfant nous pourrions nous livrer à des considérations extrêmement variées. Mais nous tenons à rester pratique.

Aussi dirons-nous que du moment où l'aide a emporté dans ses 2 mains l'œuf humain que l'opérateur lui remet, il va le déposer sur une table voisine et tout aussitôt

le rompt. Il ne faut que quelques secondes pour effectuer ce temps, qui est vraiment très curieux à suivre et dont l'interprétation ne manquera pas de prêter à nombre de discussions.

Pour rompre les membranes de cet œuf complet auquel le placenta adhère, rien de plus simple : 2 doigts de la main gauche leur font un pli et ce pli est rompu entre les 2 mains, l'œuf est cassé et l'enfant va sortir. Les membranes s'affaissent, le liquide s'écoule, on tourne l'enfant sur le côté, en le plaçant sur une serviette sèche et on sectionne le cordon en mettant auparavant une ligature sur le bout fœtal, tout comme en temps ordinaire.

Or nous avons dit qu'il ne faut pas ensuite se presser de faire respirer l'enfant. Il faut attendre une minute comme dans l'accouchement normal pour qu'il reçoive le contact de l'air et qu'apparaisse le réflexe spontané de la respiration, voire même un cri. Ici, comme dans la césarienne classique, on a tendance à se précipiter sur l'enfant pour solliciter ce cri, c'est une faute évidemment, car on interrompt le réflexe spontané à qui on ne laisse pas le temps de se produire.

Comme tous nos enfants sont vivants, nous croyons que le procédé de l'Enucléation n'est pas plus dangereux pour eux que le procédé ordinaire. Assurément il existe un intervalle de temps entre le moment où l'œuf est décollé et celui où le fœtus en est extrait. Mais cet intervalle ne nous paraît pas excéder 1 minute. Pendant ce laps de temps, il est bien certain que la circulation fœtale a cessé, puisque le placenta n'a plus de connexions utérines et que la circulation nouvelle et la

respiration n'existent pas encore. L'enfant a donc une sorte de suspension de son existence, il y a cessation momentanée de ses fonctions. Mais n'est-ce pas ce qui se passe souvent dans l'accouchement normal, lorsque l'enfant est sorti hors des voies génitales et ne respire pas encore. Il y a là une minute d'anxiété pour l'entourage, une minute pendant laquelle les fonctions vitales sont interrompues, une suspension apparente de l'existence du nouveau-né.

Nous croyons que le mécanisme de l'Enucléation imite ainsi celui de la naissance normale et, comme nous le dirons par la suite, nous croyons même qu'il ressemble davantage à la naissance que l'extraction trop brutale du fœtus dans la césarienne classique.

CHAPITRE IV

Comparaisons entre les divers procédés.

Voici donc exposés dans les chapitres précédents les indications et le manuel opératoire de l'Enucléation de l'œuf dans la césarienne.

Les observations prouveront que cette opération est bonne et doit réussir. Comparer sa valeur auprès des autres modes opératoires, tel est le but de ce chapitre. Deux existences sont en jeu, celles de la mère et de l'enfant. Comparons d'abord les diverses méthodes au point de vue du pronostic maternel. Nous nous occuperons ensuite du pronostic fœtal.

1^o Le Porro n'est plus guère pratiqué que dans le cas où l'on se trouve en présence d'une femme infectée dont l'organisme ne pourrait peut-être pas réagir et pour qui l'utérus serait une source constante d'infection, un lieu d'où partirait cette infection sans cesse augmentée comme quantité et virulence. Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que le Porro est avantageusement remplacé par l'Hystérectomie totale qui comporte les mêmes indications. Leurs statistiques nous montrent que ce n'est jamais sans danger qu'on entreprend de

pareilles interventions. Nous l'avons déjà dit et le répétons encore, ces opérations ne sont admises que dans des cas exceptionnels, par exemple l'infection, les déchirures de l'utérus, les tumeurs utérines annexielles, l'inertie totale provoquant une hémorrhagie que rien ne peut arrêter.

On soupçonne l'infection quand l'utérus est adhérent, quand l'épiploon a aussi contracté des adhérences, quand la femme a été souillée avant l'opération par des contacts malpropres (Dans un cas j'ai vu une femme dont le vagin renfermait de la paille, des matières fécales, des urines).

Les déchirures de l'utérus peuvent être suturées quand elles sont petites et ne font pas communiquer le vagin avec le péritoine ou la vessie avec l'utérus. Ces dernières ne doivent pas être respectées, l'Hystérectomie totale est indiquée.

Les tumeurs annexielles très adhérentes à l'utérus et surtout les fibromyomes utérins commandent l'ablation totale.

Enfin il est arrivé à quelques opérateurs de ne pouvoir, paraît-il, venir à bout de la césarienne par suite d'une hémorrhagie persistante et ils ont été obligés de terminer par le Porro ou l'ablation totale.

Les classiques indiquent pour le Porro 9.90 pour 100 de mortalité maternelle et pour l'Hystérectomie totale 23.40 pour 100.

Nous ferons remarquer que l'Hystérectomie totale a jusqu'alors toujours été réservée aux cas qui par eux-mêmes étaient extrêmement graves, tandis que le Porro

a bien souvent été pratiqué dans des conditions relativement favorables, quelquefois pour remplacer la Césarienne conservatrice.

Il est impossible de comparer ces deux méthodes dans ces conditions. Pour bien faire, il faudrait diviser les indications en deux groupes : les cas d'urgence où la mortalité est forcément énorme et les cas où l'intervention est une opération de choix pour l'accoucheur, auxquels cas la mortalité est beaucoup plus faible. Cette discussion rappelle assez celle de l'Hystérectomie totale et de la subtotalaire pour les fibromyomes, la première plus large, plus délicate, mais plus sûre comme drainage.

La césarienne conservatrice reste la méthode de choix. La statistique comparée aux précédentes est là pour plaider en sa faveur. La mortalité maternelle de la césarienne conservatrice est d'après M. le docteur Bar de 6, 6 pour 100.

Il est certain que la méthode se perfectionne au fur et à mesure, parce que ce sont des laparotomistes qui la pratiquent et qu'on la connaît de mieux en mieux. Pour notre méthode d'énucléation, nous n'avons pas assez d'observations pour établir une statistique : sur 7 césariennes, nous n'avons appliqué que 5 fois ce procédé.

La mortalité ressemble à celle de tous les auteurs (1 cas sur 7). La série d'interventions n'est qu'à son début. Mais nous voulons simplement montrer que nous possédons là une véritable amélioration, un véritable perfectionnement de la méthode classique qui nous fait dire que l'énucléation ne peut être dangereuse, mais paraît encore être moins nocive que tout autre moyen.

Dans cette méthode que nous venons d'exposer précédemment, quelles sont les manœuvres qui diffèrent du procédé classique ce sont :

1^o La sortie de l'utérus hors de la cavité abdominale avant l'extraction du contenu.

2^o L'Énucléaction.

3^o L'absence d'injection d'Ergotine.

La sortie de l'utérus gravide hors de la cavité abdominale n'est pas dangereuse ; que l'on sorte ou non de cet organe avant ou après l'extraction de son contenu il faut toujours le faire, et la durée du temps écoulé jusqu'à évacuation complète n'excède pas 2 ou 3 minutes. D'ailleurs, sans cette manœuvre, l'énucléation ne serait ni facile ni rapide. Dans la technique opératoire de l'énucléation, le point capital est l'absence d'écoulement de liquide amniotique sur le champ opératoire : tout est propre, rien n'est sali, l'exécution est plus rapide et le péritoine est indemne de tout liquide.

A ceci on peut opposer que ce liquide n'est pas infecté, mais qui nous prouve le contraire ? L'infection peut très bien dater de quelques heures et n'avoir manifesté sa présence par aucune élévation thermique. Si dans le cours de l'opération il y a une faute d'asepsie quelconque, chose qui peut arriver malgré les plus grandes précautions, le liquide amniotique, véritable bouillon de culture, va favoriser l'éclosion de nombreuses colonies microbiennes et assombrir le pronostic.

N'avons-nous pas sous les yeux de ces exemples où une femme accouchée d'un fœtus à peu près normal, avec liquide amniotique infecté produit des tempé-

ratures qui le lendemain ou surlendemain de l'accouchement atteignent 39-40°.

La cause en est due à une simple fissure des membranes et à l'écoulement prématuré du liquide amniotique.

Ceci prouve bien avec quelle facilité s'infecte le liquide amniotique. Nous y trouvons encore la preuve qu'il est bien difficile d'affirmer à *priori* que ce liquide est toujours stérile.

Il sera toujours préférable de supposer qu'il ne l'est pas. Et d'ailleurs pourquoi les opérateurs dans la césarienne classique protégeraient-ils si minutieusement la cavité abdominale, s'ils supposaient réellement que le liquide ne peut rien infecter ?

Laissons de côté toutes ces suppositions et admettons le liquide amniotique stérile.

Ainsi que nous venons de le dire plus haut, on protège dans la césarienne normale, le plus possible la cavité abdominale du contact du liquide amniotique (autrefois même on suturait les bords de la plaie abdominale aux bords de la plaie utérine avant d'inciser l'œuf). Malgré cette précaution, il en pénètre toujours un peu dans la cavité abdominale et nous nous demandons pourquoi, puisqu'on peut l'éviter, fournir ainsi au péritoine un travail de résorption qui, dans le cas d'infection, diminuerait encore sa résistance.

De tout ceci il nous paraît nettement établi que la statistique de la césarienne conservatrice ne fera que s'améliorer par ce procédé à la fois élégant, original, simple, rapide et sûr.

Considérée au point de vue de l'enfant, l'intervention nous paraît même à peu près inoffensive. Dans les chapitres précédents nous avons montré l'influence de cette transition moins brusque dans l'énucléation que dans la césarienne classique entre la vie intra-utérine et la vie extérieure (celle-ci apparaissant moins brusquement). Comme nous l'avons dit, le mécanisme de la naissance n'est pas encore celui de la naissance normale, mais il y ressemble davantage que dans la méthode ordinaire. L'extraction est moins violente, moins brusque, plus transitoire que dans la méthode ordinaire. L'enfant a davantage le temps de s'adapter au monde extérieur et de subir petit à petit le changement de milieu.

Dans notre statistique, 7 enfants sont vivants sur 7 interventions (5 sur 5 énucléations).

L'énucléation nous paraît donc appelé à un excellent avenir surtout à ce point de vue. Je sou mets ici les statistiques de la symphyséotomie sans vouloir nullement la critiquer, mais afin de faire remarquer que la césarienne donne de meilleurs résultats au point de vue fœtal.

Pour la symphyséotomie la mortalité fœtale est de 13.97 pour 100 (1), mettons même 10 à 12 pour cent. Dans la césarienne classique elle est de 5.70 pour 100 et dans la nôtre de 0 pour 100.

1. Thèse du Dr Rubinrot, Paris 1899.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Opération césarienne.

Stéphanie C..., 25 ans, primipare, profession de bonne.

Pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels la malade n'a marché que vers l'âge de 4 ans. La malade a une taille de 1 m. 41, un front olympien, un léger prognathisme, une incurvation des tibias, des hanches non saillantes, les avant-bras ne sont pas déformés, elle a tout à fait l'aspect d'un garçon quand on la regarde de dos. La première apparition des règles eut lieu à l'âge de 12 ans ; depuis ce temps la menstruation a été régulière. Rougeole à 17 ans. En 1895 attaque de rhumatisme, anémie consécutive.

D'après les renseignements cliniques et ceux tirés de la malade on conclut à une grossesse à terme qui a évolué normalement. Les premières douleurs apparaissent le 3 novembre. La pelvimétrie donne comme mesures :

Pelvimétrie externe :

Sacro-pubien	15,5
Bis-épineux	23
Bis-iliaque	24

Bi-trochantérien.	28
Bis-épineux postérieur . . .	6 1/2
Bi-ischiatique	9

Pelvimétrie interne :

Promonto sous-pubien . . .	9 1/4
Promonto pubien minimum .	7 3/4
Mi-sacro sous-pubien . . .	9

Le toucher vaginal révèle une saillie des épines sciatiques, une saillie des deux premières vertèbres sacrées formant la moitié supérieure de l'os et accusant une convexité (faux promontoire) mesurée par le mi-sacro sous-pubien et le vrai promontoire 9 1/4.

Extérieurement en arrière, présence dans le losange de Michaelis de trois fistules congénitales oblitérées formant triangle. Sur la face postérieure du sacrum, à sa partie moyenne, arc d'adhérence de la peau au fond de chaque dépression prouvant ainsi les lésions osseuses de la vie intra-utérine.

En résumé, bassin rachitique, généralement rétréci, un peu aplati et canaliculé ayant comme dimension minima 7 3/4.

La tête fœtale est en OI DT et mobile au-dessus du détroit supérieur. Cette tête est appliquée par les contractions au-dessus du détroit et fait une telle saillie au-dessus du pubis qu'elle simule la vessie pleine, mais le palper démontre que cette tumeur est dure, osseuse, arrondie, en un mot que c'est la tête fœtale qui débordé beaucoup la symphyse.

On procède à la désinfection des organes génitaux souillés par une leucorrhée abondante.

Désinfection de la paroi abdominale. On fait une incision de 0 m. 15 centimètres sur la ligne blanche à 0 m. 05 au-dessus du Pubis. L'utérus est atteint comme dans un kyste de l'ovaire,

incisé vivement au milieu de sa face antérieure, sur toute sa longueur, sans pincement préventif, sans lien autour du col, sans compresses. Le Dr. Cresson introduit la main dans le vagin, rompt la poche d'eaux très saillante. Un flot de liquide amniotique s'écoule néanmoins au dehors. Enfant retiré par le pied gauche, la tête fœtale déchire l'utérus jusqu'à la région du col. L'enfant bien vivant pèse 3 kilos, il est confié à la sage-femme après la ligature du cordon. Ablation du placenta qui saigne beaucoup ; il est inséré sur la face antérieure, le fond de l'utérus et sur son bord droit, il a été incisé au début de la section utérine.

Sutures de l'utérus au catgut sur 2 plans, plan profond simple en surjet, plan superficiel à points séparés à la Lembert. Sutures de la paroi abdominale sur 3 plans.

25 grammes de chloroforme ont été administrés pendant les 30 à 35 minutes qu'a duré l'opération.

Le pouls est petit, fréquent et nécessite une injection de sérum artificiel.

Peu de jours après, quelques phénomènes d'infection sous-cutanés. Injection intra-utérine iodée pour hyperthermie à 39°. L'amélioration commencée le 8 s'accroît les jours suivants. Colpotomie postérieure pour abcès rétro-utérin, drainage. Le 25 la malade sort complètement guérie avec son enfant bien portant ; la cicatrice abdominale a de 7 à 8 centimètres.

OBSERVATION II

Césarienne faite le 16 décembre 1899.

Julia H... 23 ans. Secondipare, n'a marché qu'à l'âge de 7 ans, elle présente les signes ordinaires du rachitisme.

Taille de 1 m. 44, prognathisme, voussure de la colonne vertébrale, fémurs courbés en dedans et en arrière, jambes grêles, tibias incurvés, thorax déformé, ventre en besace. Elle a été réglée à 18 ans.

Bassin régulièrement rétréci de 4 centimètres en tout sens. Sacro-pubien : 16.

Promonto-pubien minimum 7 1/2.

Premier accouchement le 29 mars 1897. Cette malade qui habite Sailly-Lorette a été envoyée à l'Hôtel-Dieu où malgré le ballon dilatateur appliqué 6 fois, l'accouchement provoqué n'a pas eu lieu. Dans la nuit du 28 au 29 cessation des bruits du cœur. Application de forceps qui ne donne aucun résultat. Basiotripsie sans accident.

En 1899 deuxième grossesse. Position fœtale en O I G A. On décide la césarienne.

On fait sur la ligne médiane l'incision classique d'environ 20 centimètres. L'utérus gravide est sorti de la cavité abdominale, le Dr Lefebvre Paul pratique le pincement manuel des ligaments larges. L'utérus est sectionné sur une longueur de 18 centimètres, incision qui s'étend sur la ligne médiane de la face antérieure et se continue sur le fond. Les membranes ayant été sectionnées par un coup de bistouri, le liquide amniotique s'écoule. L'enfant est extrait en état d'asphyxie pâle ; le pincement manuel des ligaments larges existant toujours, le placenta est décollé. Tout ceci est fait sans hémorrhagie. Le placenta était inséré en arrière, descendait un peu à gauche ; sa partie supérieure, s'insérerait sur le fond, là où le bistouri avait porté. La suture de l'utérus a lieu sur deux plans, un profond en surjet, un deuxième superficiel à points séparés. Sutures de la paroi abdominale sur trois plans : Péritoine, muscles, derme. L'opération a envi-

ron duré 25 minutes. Les suites furent à peu près normales.

Deux jours après l'opération, une élévation de température (38°5) étant survenue, on fit un lavage continu d'eau iodée de 30 litres.

Quinze jours après l'opération, la mère et l'enfant sortaient de l'Hôtel-Dieu tous deux bien portants.

L'enfant, du sexe féminin, mesurait quarante-huit centimètres, pesait 2900 grammes. Les diamètres de la tête étaient :

$$\begin{array}{lll} \text{OM} = 11 & \text{OF} = 10 & \text{SOB} = 9 \\ \text{BiP} = 8 & \text{BiT} = 7 & \text{SMB} = 9 \end{array}$$

OBSERVATION III

Césarienne faite le 27 août 1900. Enucléation de l'œut.

Blanche L..., secondipare, a marché à trois ans, a eu une suppuration osseuse de la hanche droite ankylosée jusqu'à l'âge de treize ans. Réglée à 18 ans. En août 1899 première grossesse avec crises d'éclampsie terminée par une basiotripsie.

En août 1900, nouvelle grossesse à terme.

La parturiente est une femme de petite taille mesurant 1 m. 42 ; squelette grêle, prognatisme, front haut, jambes petites, fémurs courbés. L'examen de son bassin fait constater la présence d'ostéophytes dûs à la suppuration osseuse et qui doivent gêner les manœuvres internes. La Pelvinétrie donne comme mesures :

Bis-épineux.	22
Bis-iliaque.	24
Bis-trochantérien.	27
Sacro-pubien.	17

Le vrai promontoire est très rapproché et donne comme promonto-pubien minimum huit centimètres ; il est assez difficile de le distinguer de plusieurs autres faux promontoires. On a affaire à un bassin canaliculé. La césarienne est pratiquée sur la demande de la mère qui veut avoir un enfant bien vivant c'est-à-dire à terme. Cathétérisme préopératoire. La paroi abdominale a été incisée sur une longueur de 18 centimètres 6 en dessous de l'ombilic, et 12 au-dessus, ceci afin d'éviter la vessie.

L'utérus est sorti hors de la cavité abdominale puis entouré de larges compresses réunies par une pince. Ces compresses isolent complètement le globe utérin de la cavité abdominale. La section utérine est faite sur la ligne médiane ; elle gagne le fond de l'utérus ; sa longueur est d'environ dix-huit centimètres.

L'incision porte sur le placenta, mais celui-ci ne saigne pas trop, grâce au pincement manuel des ligaments larges exécuté par un aide qui de cette manière a ramené l'utérus tourné à droite, en position normale, et pratiqué en même temps l'hémostase.

L'œuf est alors décollé des parois utérines et extrait intact, il est alors confié à un aide qui l'ouvre et en retire un enfant dont le cordon est immédiatement lié. L'enfant naît un peu étonné mais revient très vite à lui grâce à quelques frictions à l'alcool.

Aussitôt l'utérus vidé, celui-ci revient sur lui-même ; son volume dépasse un peu celui du poing.

La sortie de l'œuf s'est faite presque seule, aussitôt que la main a eu décollé le placenta, inséré sur la face antérieure de l'utérus et situé immédiatement sous l'incision utérine.

La recherche des membranes a été faite vers le fond. L'utérus vidé des caillots qu'il contenait a été suturé sur deux plans, un

profond en surjet et un superficiel à la Lembert avec du catgut n° 4, après qu'une compresse a été introduite dans l'utérus et passée dans le col. (Cette compresse a été retirée en partie par le vagin aussitôt le pansement fait). En dernier lieu sutures abdominales et cathétérisme vésical.

L'enfant est du sexe féminin, a 8 mois 1/2 et pèse 2600 gr., le placenta pèse 400 gr., la quantité de sang perdu n'a pas dépassé 150 à 200 gr. L'opération a duré à peine 25 minutes. La mère n'a reçu ni injection de sérum ni injections vaginales. Elle ne s'est pas plus ressentie de cette intervention que d'un curetage. La montée de lait a eu lieu au troisième jour.

La mère a nourri son enfant ; ils sont sortis tous deux en bonne santé, environ quinze jours après l'opération.

OBSERVATION IV

Césarienne avec énucléation faite le 30 novembre 1900.

Louise B..., 20 ans, secundipare.

Aucune maladie antérieure, la maladie a marché 3 ans ; réglée à 13 ans, a eu une première grossesse en 1899 et est accouchée d'un enfant mort extrait péniblement dit-elle au moyen du forceps après un accouchement qui a duré 3 jours.

Les dernières règles datent du 7 mars, grossesse normale. Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 30 novembre. Cette femme présente tous les signes du rachitisme taille de 1 m. 35, front olympien, nez écrasé, avant-bras courbes, poignets noueux, fémurs convexes, genoux volumineux.

Au thorax on constate le chapelet rachitique ; la pelvimétrie donne :

Sacro-pubien.	18
Bis-épineux	23
Bis-iliaque	25
Bi-trochantérien	30

Le promontoire est assez facilement accessible, le promonto-pubien minimum mesure entre 7 1/2 et 8 centimètres, les premières pièces du sacrum sont saillantes, le bassin est un peu canaliculé il s'agit d'une OIGA non engagée.

L'opération est faite le jour même dans l'après-midi. Une incision est faite sur la ligne blanche, elle mesure environ 15 centimètres Son milieu répond à l'ombilic.

L'utérus amené hors de l'abdomen est entouré de compresses. Un aide pince les ligaments larges et par cette manœuvre ramène l'utérus qui était tordu à droite en position normale. L'incision utérine mesure 18 centimètres, intéresse la moitié supérieure de la face antérieure, le fond et seulement l'épaisseur de la paroi utérine les membranes apparaissent et le bord du placenta effleure seulement la partie supérieure de l'incision au fond de l'utérus. Le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus. La main décolle l'œuf et l'extrait complètement. Cet œuf est confié à l'interne qui l'emporte afin de l'ouvrir et en extrait un enfant vivant qui crie de suite et ne présente aucun signe d'asphyxie. La cavité utérine est vidée des caillots, et les parois suturées comme d'ordinaire sur deux plans.

L'opération est terminée au bout de 25 minutes. La perte de sang est d'environ 300 gr.

Après le pansement, cathétérisme vésical et introduction d'une main dans le vagin pour dilater le col fermé avant l'opération et qui a acquis au cours de l'intervention une dilatation compara-

ble à une pièce de 2 francs. Par cette manœuvre on extrait quelques lambeaux membraneux. Le poulx est devenu très rapide pendant l'intervention mais il se remonte vite sans sérum ni ergotine.

Les suites de couches furent normales et la malade sortit au 15^e jour en emmenant son enfant bien vivant.

L'enfant est du sexe féminin pesait 3100 gr. mesurait 49 centimètres. Les diamètres de la tête étaient OF 11,5 SoM 13

SoB : 9 TrB: 9 BP 9 1/2

BT : 7 BM 6 1/2

Le placenta pesait 450 gr. et était inséré sur la face postérieure, un peu sur le fond de l'utérus.

OBSERVATION V

Césarienne avec énucléation opérée le 27 décembre 1900.

Jeanne T...., 24 ans, secondipare, a marché à 4 ans. Régée à 16 ans, première grossesse terminée en décembre 1898 par une version podalique. L'enfant extrait ainsi pesait 2 k. 200 et est mort de débilité 6 semaines après.

En 1899, la malade a été opérée pour rétroflexion utérine entraînant une constipation opiniâtre et de vives douleurs.

Une hystéropexie vaginale a été faite et malheureusement le fond de l'utérus a été fixé à la paroi vaginale antérieure.

La malade présente en outre quelques signes d'hystérie ; Héminanesthésie, boule, absence de réflexe pharyngien, clou hystérique.

La taille est de 1 m. 40, quelques stigmates rachitiques : prognathisme, chapelet rachitique, fémurs et tibias incurvés, la pelvimétrie donne :

Sacro-Pubien.	17
Bis-Epineux	24
Bis-Iliaque	27
Bi-trochantérien	29

Le promontoire est accessible et le promonto-pubien minimum a 8 c. 1/2. Malgré les affirmations de la malade elle ne paraît pas à terme. Ventre en besace ; l'utérus n'atteint pas le creux épigastrique, le fœtus ne s'engage pas, le siège est dans la fosse iliaque gauche, la tête dans le flanc droit, le fœtus oblique, la position non encore acquise fait supposer une SIGA.

Cette absence de présentation est due à une antéversion utérine telle que le fond est tout à fait tombé en avant et le col si haut que pour le trouver il faut introduire la main dans le vagin. On le sent alors tout à fait en arrière près du promontoire.

Dans ce cas, l'accouchement naturel paraît impossible puisqu'avec l'antédéviation le PPM a 8 c. 1/2. Les 2 causes ajoutées font que par une version on amènerait probablement un enfant mort pendant les manœuvres longues et difficiles et peut-être impossibles à réaliser. Dans ce cas particulier il ne reste donc que la césarienne.

L'incision de la paroi abdominale est faite ayant à peu près l'ombilic pour milieu, elle mesure 18 centimètres. L'utérus est sorti hors de la cavité abdominale et isolé de celle-ci par de larges compresses. L'incision utérine en raison de l'antéversion exagérée de l'organe avance beaucoup sur le fond, elle mesure 18 centimètres.

Préalablement, l'hémostase avait été faite par un aide au moyen du pincement manuel des ligaments larges. L'incision utérine fait découvrir le placenta inséré sur la face antérieure,

une main décolle : 1° l'œuf des parois utérines, 2° le placenta ; celui-ci est détaché soigneusement afin de ne pas dédoubler la paroi utérine.

Ces parois se contractent et poussent pour ainsi dire l'œuf hors de la cavité. L'œuf est recueilli intact et confié à un aide qui en extrait un enfant vivant poussant déjà quelques cris. La cavité utérine est vidée des caillots qu'elle contient, une compresse y est introduite et passe dans le vagin par le col.

L'utérus est suturé sur 2 plans, le péritoine ensuite, et enfin la paroi abdominale. Cathétérisme vésical. Une main introduite dans le vagin attire en partie la compresse placée dans la cavité utérine et les quelques débris de membranes qui auraient pu rester. La malade a environ perdu 500 gr. de sang. Elle a reçu 300 gr. de sérum artificiel. Les suites de couches furent normales. L'enfant pèse 2.600 gr. et mesure 45 centimètres de longueur.

OF.		11
SoM.		12
BoB.		8,5
Tr B.		8,5
BP.		8,5

le placenta pesait 450 gr.

OBSERVATION VI

Césarienne avec énucléation faite le 18 février 1901.

Léonie S..., 21 ans, primipare, a marché à 3 ans, réglée à 15 ans 1/2. Aucune maladie antérieure. Signes ordinaires du rachitisme. Le bassin, d'après la mensuration suivante, indique un bassin généralement rétréci.

Sacro-pubien.	16
Bis-épineux	23
Bis-iliaque	27
Bi-trochantérien.	28
Promonto-pubien minimum.	7 3/4

La femme habitant la campagne était en travail depuis trois jours. La palpation montrait que la tête venait buter contre la symphyse pubienne, la débordait même en formant un bourrelet qui aurait pu faire croire un moment à une vessie pleine, mais cette tumeur était dure, ronde, mobile, en un mot c'était bien la tête fœtale qui ne pouvait s'engager. Devant cette impossibilité d'accouchement spontané, la malade est amenée à l'Hôtel-Dieu où elle est opérée dans la soirée. Désinfection la plus complète possible. Incision de 18 centimètres sur la ligne médiane. L'utérus est sorti de l'abdomen, isolé de la cavité abdominale par des compresses et ramené dans l'axe normal par un aide qui pince les ligaments larges principalement le pédicule salpingo-ovarien.

L'utérus est incisé sur la ligne médiane de la face antérieure, l'incision qui mesure de 17 à 18 centimètres gagne un peu le fond de l'organe.

Le placenta est incisé, on constate qu'il est inséré en haut et en arrière. Les membranes ne sont pas ponctionnées, malgré cela il s'écoule une légère quantité de liquide amniotique qui néanmoins ne tombe pas dans le péritoine. La fragilité des membranes est la cause de la fissure produite. D'ailleurs l'œuf est extrait en bloc et ce n'est qu'après cette extraction que le liquide s'écoule, au moment où on transporte le tout sur une table voisine. Le fœtus extrait naît un peu étonné mais respire

normalement au bout de 1 à 2 minutes. L'utérus est débarrassé des caillots et des quelques parcelles des membranes, nettoyé et essuyé avec une compresse trempée dans l'eau iodée.

Sutures de l'utérus sur deux plans. Sutures isolées de la paroi abdominale, du péritoine et des muscles.

Dans les jours qui suivent la température est normale, mais la malade souffre d'un point de côté, et de dyspnée. A l'auscultation un peu de congestion pulmonaire. Quelques applications de ventouses sèches ont raison de ce contre temps. La température ayant atteint 38 et 38,5 on songe qu'il peut y avoir infection en outre de la congestion pulmonaire.

On donne alors quotidiennement pendant quatre jours une injection intra-utérine iodée et trois injections vaginales à l'eau oxygénée à 5 volumes.

Quelques jours après légère suppuration sous-dermique qui guérit facilement.

La malade sort 25 jours après son opération avec son enfant bien portant, le placenta pèse 550 gr., la longueur de l'enfant était de 50 centimètres, les diamètres de la tête SOB = 9, SOM = 9, OF = 10, OM = 11, BP = 8 1/2, BT = 7, BM = 6 1/2.

OBSERVATION VII

Césarienne faite le 7 mars 1901.

Angèle H.... 27 ans, secondipare, a marché à 18 mois. Vers l'âge de 3 ans elle fit une chute qui détermina l'apparition d'une gibbosité sacro-lombaire. Cette femme est accouchée une première fois d'un enfant mort à la suite d'applications de forceps très pénibles.

Femme rachitique dont le squelette présente de multiples malformations. Asymétrie du crâne, prognathisme, palais ogival, protubérance occipitale externe très saillante, membres supérieurs très longs et pendants le long du corps, fémurs courbés, tibias incurvés, au thorax : chapelet rachitique.

La colonne vertébrale présente une cyphose accentuée dans la région lombaire, et une scoliose droite dans la région dorsale, compensée par une scoliose lombaire gauche.

Avec ces trois lésions, scoliose, cyphose, rachitisme on trouve un bassin très incliné en avant, la base du sacrum penche en avant, le détroit inférieur est rétréci dans toutes ses dimensions, l'os iliaque gauche est repoussé.

L'ischion du côté droit est plus rapproché de la ligne médiane que celui de gauche, l'épine sciatique droite forme dans l'excavation pelvienne une crête acérée qu'on ne remarque pas à gauche.

La cyphose a donné son caractère général au bassin, la scoliose l'a rendu asymétrique, le rachitisme a diminué la résistance osseuse et favorisé les déviations dues à la pression de la colonne vertébrale. L'utérus est en antéverson exagérée et cela se conçoit car l'appendice xyphoïde est si rapproché du pubis que l'utérus gravide a dû se créer une place au dehors.

Diamètres du bassin :

Sacro-pubien.	17
Bis-épineux	25
Bis-iliaque	26
Bi-trochantérien.	28
Promonto-pubien minimum . .	7 3/4

Au toucher le col n'est accessible en arrière qu'au moyen

d'une main entière introduite dans le vagin. Présentation du sommet, dos à droite où on perçoit les bruits du cœur, la tête est en OI DT, pas d'engagement.

Le 7 mars, opération. Incision abdominale sur la ligne médiane. Sortie de l'utérus hors de la cavité abdominale. Un aide pince manuellement les ligaments larges après que l'utérus a été isolé par des compresses, l'incision de l'utérus est faite $\frac{2}{3}$ sur la ligne médiane de la face antérieure, $\frac{1}{3}$ sur le fond. On tombe sur le placenta inséré sur la face antérieure. La friabilité des membranes est si grande que malgré toutes les précautions prises l'énucléation ne réussit pas.

Un flot de liquide amniotique s'écoule aussitôt que la main a été introduite entre les parois utérines et l'œuf pour décoller les membranes. L'extraction de l'enfant est faite rapidement. Celui-ci naît cyanosé et ce n'est qu'après $\frac{1}{2}$ heure de soins pressés : grands bains, frictions à l'alcool, manœuvre de Schultze, tractions rythmées de la langue, qu'il revient à la vie définitivement.

Durant le temps pendant lequel l'aide ranime l'enfant, l'utérus a été débarrassé de ses caillots et suturé sur 2 plans après que l'on eut préalablement introduit une compresse dont une extrémité descendait dans le vagin. Sutures abdominales.

L'hémorrhagie quoique peu importante a dépassé la moyenne des césariennes précédentes.

L'opération a duré 40 minutes. Cette longueur de temps est due à la préoccupation de l'opérateur qui ne voyait pas l'enfant revenir à la vie.

Injection de sérum artificiel post-opératoire.

Longueur de l'enfant 47 centimètres.

Poids 2 k. 600	Diamètres de la tête	
OF = 10 12	OM = 11 1/2	SOB = 9
TrB = 9	BP = 8 1/2	BT = 7
BiM = 6 1/2		

Suites de couches : la nuit après l'opération fut agitée, le lendemain matin 39°. On fait un lavage continu de la cavité utérine, avec une différence de niveau de 10 centimètres entre la dite cavité et le récipient. Apparition de phénomènes péritonéaux, vomissements fréquents, hoquet.

Les jours suivants augmentation de ces symptômes et malgré tous les soins donnés, la malade meurt le 12 mars ayant eu entre 38° et 39°.

L'autopsie a révélé qu'il existait une péritonite purulente. Les anses intestinales sont surtout enflammées adhérentes et suppurantes sur le fond de l'utérus. M. Fournier pense que la compresse appliquée à ce niveau était trop épaisse pour avoir été bien étuvée.

Dans cette septième observation comme dans toutes les autres l'enfant a vécu. Mais il a été difficile de le ramener à la vie et cela semble tenir à ce que tout aussitôt après son extraction on s'est précipité sur lui pour le faire respirer. On a ainsi empêché de se produire le réflexe normal de la première respiration parce qu'on ne lui en a pas donné le temps. L'opérateur, impatienté de cette situation grave pour l'enfant a quitté la mère quelques minutes afin de porter secours à l'enfant. De là est résulté pour la mère un shock plus grave et une durée plus longue de l'intervention.

Les diamètres du bassin pris après l'autopsie sont :

Détroit supérieur.

PPM.	7 3 4
Transverse	10
Oblique gauche	10
Oblique droit	10 1 2

Excavation.

10 partout. Plus grande à gauche.

Détroit inférieur.

Bi-ischiatique	9
Bi-sciatique	8
Coccy pubien	9 ankylosé

En résumé, bassin cypho-scolio-rachitique régulièrement rétréci, canaliculé.

CONCLUSIONS

1° Il existe une nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne en exécutant l'Énucléation de l'œuf humain (Fournier). Cette énucléation n'est autre chose que l'extraction en bloc de l'œuf hors de la cavité utérine.

2° Le manuel opératoire de l'énucléation est simple, l'exécution en est rapide (une minute environ). La plaie utérine est à la fois très propre et très nette.

3° L'avantage principal de cette nouvelle méthode est d'éviter sûrement la souillure du péritoine, puisqu'il n'y a pas issue du liquide amniotique.

4° La mère ne peut que profiter de ce procédé, le pronostic de la césarienne doit encore s'en trouver amélioré. Et quant à l'enfant, non seulement il n'en pâtit pas, mais on peut même supposer qu'il y a tout avantage pour lui.

5° L'énucléation de l'œuf dans l'opération césarienne, est donc une méthode que nous conseillons d'employer toutes les fois qu'on le pourra.

Vu par le Président de la thèse

BUDIN

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- SMELLIE. — Traité de la théorie et de pratique des accouchements, traduits par Previél, Paris, 1754.
- DUSART. — De la suture viscéro-pariétale. Thèse, Paris, 1867.
- TARNIER. — Annales de gynécologie, août 1879.
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements, Paris 1833.
- POTOCKI. — De l'opération césarienne, Annales de gynécologie, 1886.
- CLARKE. — Contribution à l'étude de la laparoélytotomie. Thèse, Paris 1887.
- BERLIN. — De l'opération césarienne, Paris, 1890.
- TARNIER. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, Paris 1894.
- Cinq observations d'opération césarienne. Ann. Soc. obs.¹. France, 1895.
- FRITSCH. — Traité clinique des opérations obstétricales, traduction Stas. Paris, 1892.
- BAR. — L'Obstétrique, 15 mai 1899.
- PINARD. — Indication de l'opération césarienne, Congrès d'Amsterdam. Annales de gynécologie 1899.
- DEGOUY. — Insertion habituelle du placenta, thèse Paris, 1893.
- BAR (P.). — Leçons de pathologie obstétricale, Paris, 1900.

FOURNIER (C.). — Enucléation de l'œuf humain. Société d'obstétrique, janvier 1901.

CHARLES (DE LIÈGE). — Annales de la Société obstétric. de France 1899.

DEMELIN. — Obstétrique d'urgence, 1900.

TARNIER-BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1901.

